

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | MURILLO          | ATILIO RENAN | 20                  | 03  | 1953 | 73 años, 2 meses, 12 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                                          | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|----------------------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1301141170        | MANABI              | JUNIN  | JUNIN     | CERCA DE LA ESCUELA MARIA MERCEDES CALLE SUCRE y 0 | 098-134-2476 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria                       | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud              | Tipo                                                 |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1301141170      | MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D06 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Dermatología | 2026  | 06  | 01  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

Paciente femenina de 73 años de edad, con app de hta controlada. Acude por interconsulta, menciona lesion unica en la cara de 1.3 cm, hiper cromica, de borde interno irregular, de +/- 10 años de evolucion que ha aumenta de tamaño, no pruriginoso, no sangra

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: hgb... 13.5 g/dl wbc: 4.700 mm3 plaquetas: 231000 mm3 OTROS ANALISIS: psa total: 0.23 ng/ml psa: 0.07 ng/ml PRUEBAS ESPECIALES: h. pilory en heces: negativo ACIDO LACTICO: creatinina: 1.04 mg/dl GLUCOSA: glucosa: 89 mg/dl COLESTEROL: colesterol: 270 mg/dl trigliceridos: 142 mg/dl hdl: 55 mg/dl LDL: 215 mg/dl

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| NEVO MELANOCITICO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA | D223   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------|------------|-------|
| 2026-06-01 | 08:43 | Medicina Familiar Y Comunitaria | RONALD ALFREDO LOOR QUIROZ | 1312184177 |       |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |      | /             |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |
|                                       |                          |      |               |       |     |     |

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------|------------|-------|
| 2026-06-01 | 08:43 | Medicina Familiar Y Comunitaria | RONALD ALFREDO LOOR QUIROZ | 1312184177 |       |

